

Niveaux de soins en néonatalogie

PREAMBULE SUR LA MISE A JOUR DE LA CATEGORISATION DES NIVEAUX DE SOINS NEONATAUX

La révision de la catégorisation des niveaux de soins s'est faite sous l'initiative de l'Association des pédiatres du Québec (APQ) et de la Société des néonatalogistes du Québec (SNQ) dont des représentants ont travaillé au sein d'un groupe de travail de la Table sectorielle mère-enfant des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).

Cette révision des niveaux de soins inclut maintenant des critères pour les retours aux centres référents de nouveau-nés transférés ou nés de mères transférées dans un centre spécialisé.

PREMISSES GENERALES

Quel que soit le niveau de soin, toutes les unités où se font des accouchements devraient être en mesure de réanimer et de stabiliser un nouveau-né le requérant, avec la capacité de procéder aux techniques néonatales d'urgence requises. Les médecins, les sages-femmes, les inhalothérapeutes et les infirmières s'occupant des nouveau-nés devraient être à jour dans leur formation en réanimation néonatale. Lors d'un accouchement, il devrait toujours y avoir une personne sur place qui a reçu la formation en réanimation néonatale. Toutefois, en présence de facteurs de risque, au moins deux personnes (incluant le médecin accoucheur ou la sage-femme) doivent être disponibles pour la prise en charge du nouveau-né.

Certains facteurs de grossesse à risque devraient être pris en considération pour justifier un transfert de la mère ou du nouveau-né dans un centre de niveau plus élevé : une grossesse multiple, une pathologie maternelle affectant le fœtus (par exemple la prééclampsie ou l'éclampsie) et nécessitant des soins intensifs adultes pour la mère et des soins intensifs pour le nouveau-né, retard de croissance intra-utérin important, etc.

Le critère de poids à l'admission doit être interprété avec discernement, car il est difficile de prévoir avec précision le poids d'un enfant à naître, et il serait inapproprié de transférer dans un autre centre un enfant stable pour lequel il manquerait quelques grammes. Les transferts à rebours concernent des enfants stables, les critères d'âge gestationnel et de poids sont donc moins stricts que pour les bébés nés dans le centre en question.

Tous les centres devraient procéder à l'évaluation de l'acte de façon rigoureuse pour leurs cas de nouveau-nés ventilés ou avec complications et impliquer les néonatalogistes de leur RUIS.

MEMBRES DU COMITÉ DE TRAVAIL

Dre Pascale Hamel, pédiatre CISSS de Laval, présidente de l'APQ

Dr Pierre-Claude Poulin, pédiatre CISSS de Chaudière-Appalaches, secrétaire de l'APQ

Dre Audrey Lafontaine, pédiatre CISSS de l'Outaouais, membre du Conseil d'administration (CA) de l'APQ

Dr Daniel Faucher, pédiatre néonatalogiste Centre universitaire de santé McGill, membre du CA de l'APQ

Dr Romain Mandel, pédiatre néonatalogiste CIUSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, président de la SNQ

Dr Christian Lachance, pédiatre néonatalogiste Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, trésorier de la SNQ

Dre Geneviève Piuze, pédiatre néonatalogiste CHU de Québec- Université Laval, vice-présidente de la SNQ

Dr Bruno Piedboeuf, pédiatre néonatalogiste CHU de Québec- Université Laval, président de la Table sectorielle mère-enfant des RUIS

CATEGORISATION DES NIVEAUX DE SOINS NEONATAUX

Niveau 1A : 36 semaines et plus et 2 500 g et plus

Critères généraux:

- Soins de base pour nouveau-nés normaux de 36 semaines et plus
- Monitoring cardio-respiratoire ou saturation disponible pour monitoring de court terme
- Photothérapie¹

Critères de consultation et transfert² :

- Les bébés présentant des pathologies sont transférés
- Les bébés de 36^{0/7} à 36^{6/7} semaines doivent faire l'objet d'une consultation téléphonique auprès du centre référant

Niveau 1B : 34 semaines et plus et 1800 g et plus

Critères généraux :

En plus des critères généraux du niveau 1A :

- Monitoring cardio-respiratoire ou saturation disponible pour monitoring de moyen terme
- Soluté de courte durée
- Antibiothérapie < 72 heures à moins de discussion et entente avec un pédiatre/néonatalogiste
- Possibilité de gavage, selon expertise locale

Critères de retour :

- En l'absence de niveau 2A ou 2B dans le centre intégré de santé et de services sociaux ou le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS), il est suggéré que certains niveaux 1B développent l'expertise pour accueillir des bébés nécessitant des compléments en gavage et un monitoring cardiorespiratoire pour des événements rares, mais persistants

¹ La photothérapie n'est pas offerte en maison de naissance.

² Le Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de responsabilité clinique à un médecin, découlant de la Loi sur les sages-femmes, prévoit une consultation obligatoire pour un accouchement entre 34^{0/7} et 36^{6/7} semaines et un transfert obligatoire pour un travail débutant avant 34 semaines. Pour un nouveau-né de moins de 37 semaines, une consultation est requise et un transfert est obligatoire lorsque le nouveau-né a moins de 36 semaines.

Niveau 2A : 34 semaines et plus et 1 800 g et plus

Critères généraux :

En plus des critères généraux du niveau 1B : Couverture de garde par une équipe de pédiatres

- Gavage
- Cathéter veineux ombilical
- Capacité d'installer et de maintenir une voie intraveineuse (i.v.) en périphérie
- Capacité de faire des ponctions lombaires
- Antibiothérapie pour 7 à 10 jours
- Administration de caféine i.v. ou *per os*
- Surfactant avant transfert (peut être donné par l'équipe de transfert si le centre n'a pas l'expertise pour le faire)
- Monitoring cardiorespiratoire, saturation disponible pour du long terme
- Support respiratoire pour détresses respiratoires légères, tel qu'une lunette nasale de moins de 2L/min. Cependant, certains centres de niveau 2A peuvent utiliser une lunette nasale à haut débit (LNHD) de plus de 2L/min ou d'autres technologies permettant de maintenir une ventilation en pression positive continue (CPAP) pour supporter des détresses respiratoires légères³

Critères de consultation et transfert :

- Les pédiatres des centres de niveau 2A devraient consulter les pédiatres de leur centre 2B ou un néonatalogiste de leur RUIS lorsque, sous ventilation non invasive (CPAP ou LNHD à plus de 2L/min), les nouveau-nés nécessitent plus de 30 % d'oxygène ou après 24 heures d'utilisation

Critères de retour :

- Prématurés de plus de 33 semaines d'âge corrigé et de plus de 1 500 g au moment du transfert
- Prématurés stables sur le plan cardiorespiratoire, mais pouvant présenter des apnées bradycardies nécessitant de la caféine et un monitoring cardiorespiratoire, mais pas de support respiratoire
- Prématurés ou nouveau-nés à terme avec alimentation entérale complète, bien tolérée, mais pouvant nécessiter des compléments en gavage
- En l'absence de niveau 2B dans le CISSS, il est suggéré que l'établissement se donne les moyens d'organiser le suivi ophtalmologique pour le dépistage des rétinopathies chez les bébés à faible risque ou le suivi de rétinopathies du prématuré en régression

³ Nécessite la présence d'un inhalothérapeute sur place si un bébé sous ventilation non invasive, d'un technicien en radiologie présent dans l'hôpital 24 h sur 24 et d'une équipe de pédiatres disponibles en tout temps.

Niveau 2B : 32 semaines et plus et 1 500 g et plus

Critères généraux :

En plus des critères généraux du niveau 2A :

- Support respiratoire pour détresses respiratoires légères à modérées (bébés présentant une tachypnée transitoire et une membrane hyaline légère) incluant de la ventilation non invasive

Critères de consultation et transfert :

- Les pédiatres des centres de niveau 2B devraient consulter un néonatalogiste de leur RUIS lorsque, sous ventilation non invasive (CPAP ou LNHD à plus de 2L/min), les nouveau-nés nécessitent plus de 35 % d'oxygène ou après 48 heures d'utilisation à moins que les apnées soient la seule indication du support respiratoire
- Les nouveau-nés nécessitant drainage thoracique, hyperalimentation parentérale, ventilation par tube endotrachéal, cathéter artériel ombilical, installation d'un picc-line, méningite, convulsions, chirurgie ou exigeant la consultation d'un pédiatre en sur ou sous spécialité, devraient être dirigés vers un centre de niveau 3 A, B ou C en fonction de sa pathologie, à moins d'une entente avec le néonatalogiste du centre référant

Critères de retour :

- Prématurés de plus de 32 semaines⁴ d'âge corrigé et de plus de 1250 g au moment du transfert
- Prématurés stables sur le plan cardiorespiratoire, mais pouvant présenter des apnées bradycardies nécessitant de la caféine, un monitoring cardiorespiratoire et un support respiratoire non invasif (pression de support sans fréquence)
- Prématurés présentant une maladie pulmonaire chronique stable nécessitant de l'oxygène en continu à moins de 0,5L/min
- Prématurés ou nouveau-nés à terme avec alimentation entérale complète, bien tolérée, en gavage ou en boire
- Être en mesure de faire le suivi ophtalmologique pour le dépistage des rétinopathies chez les bébés à faible risque ou le suivi de rétinopathies du prématuré en régression

En région éloignée :

- Les prématurés de 32 et 33 semaines peuvent être gardés s'ils ne présentent pas un retard de croissance intra-utérin (inférieur au 10^e percentile), s'ils n'ont pas d'intolérance digestive (qui bénéficierait de l'installation d'une voie centrale de façon précoce) ou d'autres complications. Une communication avec le centre de référence de niveau 3 est fortement suggérée
- Les centres situés à plus de 2 heures de leur centre de référence de niveau 3, doivent être en mesure d'assurer une plus grande autonomie dans la prise en charge du nouveau-né. Ils pourront donc :
 - Offrir une alimentation parentérale de courte durée (moins de 7 jours)
 - Garder des nouveau-nés avec détresse respiratoire légère à modérée nécessitant une ventilation endotrachéale de courte durée :
 - Si la réponse au surfactant exogène est rapide, les besoins en oxygène sont inférieurs à 35 % d'oxygène et la ventilation est de moins de 24 heures, alors il est recommandé que le cas soit discuté avec le néonatalogiste du centre référent
 - Si la réponse au surfactant exogène est non satisfaisante, que les besoins en oxygène sont supérieurs à 35 % pour une période soutenue ou qu'il n'est pas possible d'extuber le patient en moins de 24 heures, alors une consultation du néonatalogiste du centre référent en vue d'un transfert devrait être faite

⁴ Le critère d'âge gestationnel au retour doit être interprété avec discernement. Un nouveau-né n'ayant pas complété sa 32^e semaine d'âge corrigé (31^{0/7} à 31^{6/7}) pourrait être transféré s'il répond aux critères de stabilité satisfaisant tant le néonatalogiste du niveau 3 concerné que le pédiatre l'accueillant dans le niveau 2B.

Niveau 3 : l'ensemble des nouveau-nés incluant les extrêmes prématurés

Critères généraux :

En plus des critères généraux du niveau 2B :

- Soins intensifs de néonatalogie avec une équipe de pédiatres-néonatalogistes disponible 24 heures sur 24
- Personnel infirmier et paraclinique dédié aux nouveau-nés hospitalisés dans l'unité de niveau 3 ou dans la maternité attachée à ce niveau disponible sur place 24 heures sur 24
- Personnel infirmier et paraclinique, anesthésiste, chirurgie pédiatrique et sus ou surspécialités (selon niveau)

Niveau 3A : Soins intensifs néonataux médicaux seulement

Niveau 3B : Soins intensifs néonataux médicaux et chirurgicaux

Niveau 3C : Soins intensifs néonataux médicaux et chirurgicaux incluant toutes les spécialités (chirurgie cardiaque) et oxygénation par membrane extra-corporelle (ECMO)